

תאריך _____

לכבוד _____

הנדון: נהלי תביעה בפוליסה מחלקה ראשונה – ימי אשפוז

1. רצ"ב טופס תביעה (2 דפים), יש למלא בכתב יד ברור. המבוטח ימלא חלקים: א', ד', ה'. חלק ב' ימלא ע"י רופא קופ"ח. אין צורך למלא חלק ג'.
2. יש לצרף מכתב שחרור מאישפוז מקורי.
3. חשוב!!! יש להעביר מכתב שחרור מקורי בלבד. את הטפסים יש להחזיר בדואר ישירות למנורה – עבור מנורה, מח' תביעות בריאות, רחוב אלנבי 115, ת.ד. 927, תל אביב 61008. (מומלץ בדואר רשום).
4. בירורים נוספים בטלפון 03-9412540.

בברכת בריאות שלמה,

מחלקת תביעות
שיאים פתרונות פיננסיים

טופס תביעה

הפרק הנדון בתביעה _____

מס' הפוליסה		חלק א' - למילוי ע"י המבוטח		
1. פרטים מזהים של המבוטח				
שם משפחה ופרטי	כתובת	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
מספר זהות	מקום העבודה וכתובתו	מס' פקס	מס' טלפון בעבודה	
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם רופא המשפחה בקופ"ח	

2. במקרה של ניתוח:

האם הניתוח בוצע _____ כן לא תאריך ניתוח עתידי: _____
 סוג הניתוח _____ מועד הניתוח _____ שם המנתח (אם ידוע) _____ האם הוא מנתח הסכם המופיע בחוברת? כן לא
 שם ביה"ח בו אתה אמור לעבור את הניתוח _____ האם הניתוח יבוצע המסגרת קופת חולים? כן לא

3. א. פרטים רפואיים עקב מחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן _____ תאריך קבלת טיפול ראשון _____
 תאריך אבחנת המחלה וע"י מי _____ שם הרופא המטפל וכתובתו _____

ב. פרטים רפואיים עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה _____ נסיבות התאונה: האם תאונת עבודה שרות צבאי תאונת דרכים
 טרור אחר _____

ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפזת או הנך מאושפז? לא כן
 נא צרף סיכומי מחלה, חוות דעת וכד' לרבות בגין אישפוזים שונים בעבר.
 האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל, בשנתיים האחרונות? לא כן
 פרטי שם הרופא וכתובתו: _____

תאריכי טיפול: _____
 האם אתה סובל ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? לא כן פרט _____

ד. האם יש לך ביטוחים רפואיים נוספים:

1. קופת חולים - קופ"ח מכבי / כללית / מאוחדת / לאומית.
2. תוכנית ביטוח משלים בקופת החולים - דקלה / כללית מושלם / קרן מכבי / מגן / לאומית הפניקס / לאומית 2000 / מאוחדת עדיף / אחר _____
3. תוכנית ביטוח בחברת ביטוח - הפניקס / סהר / מנורה / איילון / מגדל / הראל / כלל / אחר _____
4. האם הגשת תביעה על מקרה הנ"ל למוסד אחר? לא כן אם כן - פרט _____

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות ונכונות, ידוע לי כי על פי הוראות החוק מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שלילת זכות המבוטח לפיצוי/שיפוי על פי הפוליסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המטפל בקופת החולים (לאחר שהמבוטח מילא חלק א')

פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

- א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך _____
- ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים): _____
- ג. האם דרוש ביצוע ניתוח? לא כן, פרט _____
- ד. האם בוצעו בדיקות רפואיות? לא כן, אם כן מתי ומדוע? באיזה מוסד? ומהן התוצאות? _____
- ה. מועד התחלת המחלה/הפגיעה _____
- ו. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים) _____
- ז. האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____
- תאונת עבודה? לא כן, פרט _____ תאונת דרכים? לא כן, פרט _____
- טרור? לא כן, פרט _____
- ח. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים) _____
- שם רופא _____ התמחות _____ חתימת הרופא _____ כתובתו _____
 טלפון נייד מס' _____ תאריך _____ טלפון במרפאה _____ מספר פקס. _____

חלק ג' - שאלון רופא מנתח

א. ציין התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים):

ג. הניתוח/הטיפול המומלץ:

ד. הערות נוספות:

ה. שם רופא _____ התמחות _____ חתימת הרופא _____ כתובתו _____

טלפון במרפאה _____ תאריך _____ טלפון נייד _____ מספר פקס _____

חלק ד' - למילוי ע"י המבוטח - ויתור על סודיות רפואית

שם ומשפחה	כתובת
מס' הזהות	מס' אישי בצה"ל
שם קופות החולים וכתובתה	רופא מטפל

משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית, וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי מנורה חברה לביטוח בע"מ (שתקרא להלן - "מנורה")

2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל - כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה - וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי בעבר או שאני מבוטח בהן בהווה, למסור ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה או שאחלה בעתיד, דוחות אשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

3. הריני מאשר לכל חברות ביטוח ו/או מוסד אחר להעביר ל"מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.

4. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.

5. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפירוטו לעיל.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי על פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

לראיה באתי על החתום

תאריך	שם המבוטח	חתימה	ת.ז.	עד לחתימה
במקרה של קטין: שם האב	ת.ז.	חתימה	עד לחתימה	
שם האם	ת.ז.	חתימה	עד לחתימה	
שם האפוטרופוס	ת.ז.	חתימה	עד לחתימה	

חלק ה' - למילוי ע"י המבוטח

פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה - נא לצרף צ'ק לדוגמא

שם המבוטח	מס' ת.ז.	כתובת	טלפון
-----------	----------	-------	-------

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי בהתאם לפוליסה/ות מספר: _____

יועבר על ידי מנורה חברה לביטוח בע"מ

לחשבון מספר	בבנק מספר	מספר סניף
-------------	-----------	-----------

2. רישום העברת הכספים לחשבוני במנורה תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין לי ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה למנורה בכל הקשור לכספים.

תאריך	חתימה
-------	-------